



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL TRASTORNO
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN EXPUESTA AL
FENÓMENO EL NIÑO. EL PORVENIR – TRUJILLO, 2017**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTOR:

TERRONES CARRANZA, MARÍA DE FÁTIMA

ASESORES:

DRA. EVELYN GOICOCHEA RÍOS

MG. TRESIERRA AYALA MIGUEL ÁNGEL

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MENTAL

Trujillo-Perú

2018

DEDICATORIA

Principalmente a Dios, por permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación profesional, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más.

A mi madre Roosmery por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, por demostrarme su cariño y apoyo incondicional.

A mi padre Jorge por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi enamorado Daivee porque ha estado conmigo incluso en los momentos más turbulentos, por creer en mi capacidad y por brindarme siempre su comprensión, cariño y amor.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda la vida.

Agradezco la confianza y apoyo brindado por parte de mis padres, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi tía Marleny y a mi prima Analy por su apoyo incondicional y por demostrarme la gran fe que tienen en mí.

A mi enamorado Daivee, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por su amor incondicional y por su ayuda en mi proyecto.

A los Doctores Evelyn Goicochea Ríos y Miguel Ángel Tresierra Ayala por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto.

INDICE:

I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Realidad Problemática.....	9
1.2. Trabajos Previos	10
1.3. Teorías Relacionadas al tema.....	12
1.4. Formulación al Problema	17
1.5. Justificación del estudio	17
1.6. Hipótesis.....	18
1.7. Objetivo.....	18
1.7.1 OBJETIVO GENERAL	18
1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
II. MÉTODO.....	18
2.1. Diseño de investigación	18
2.2. Variables, operacionalización.....	18
2.3. Población y muestra	21
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	22
2.5. Métodos de análisis de datos	23
2.6. Aspectos éticos.	23
III. RESULTADOS	23
IV. DISCUSIÓN	25
V. CONCLUSIONES.....	27
VI. RECOMENDACIONES:.....	27
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	28

RESUMEN

La presente investigación observacional transversal, tuvo como objetivo determinar las características clínico epidemiológicas del Trastorno de Estrés Postraumático en la población expuesta al Fenómeno El Niño Costero. Distrito El Porvenir – Provincia Trujillo, 2017. Tuvo una muestra de 348 pobladores expuesta al Fenómeno El Niño Costero que reunieron los criterios de inclusión, para lo cual se aplicó el Test de Trauma de Davidson y una encuesta sociodemográfica. Los datos se analizaron e interpretaron a través del sistema SPSS 23 V. 21 para Windows, encontrando que el grupo etario más afectado es de 45 a 54 años; existe una mayor prevalencia en el sexo femenino; los sectores más afectados fueron Hipólito Unanue y Atahualpa; familia funcional fue el tipo de familia predominante; predominó el nivel de estrés moderado, siendo la dimensión “evitación” la más frecuente; la pérdida de bienes muebles fue más frecuente; la mayor parte de pobladores con pérdida de bienes muebles presentan un nivel de estrés moderado.

Palabras claves: Estrés postraumático, fenómeno El Niño

ABSTRACT

The objective of the present cross-sectional observational research was to determine the clinical epidemiological characteristics of Posttraumatic Stress Disorder in the population exposed to the El Niño Costero Phenomenon. El Porvenir District - Trujillo Province, 2017. It had a sample of 348 inhabitants exposed to the El Niño Costero Phenomenon that met the inclusion criteria, for which the Davidson Trauma Test and a sociodemographic survey were applied. The data was analyzed and interpreted through the SPSS 23 V. 21 system for Windows, finding that the most affected age group is 45 to 54 years old; there is a higher prevalence in females; the most affected sectors were Hipólito Unanue and Atahualpa; functional family was the predominant family type; the moderate level of stress predominated, with the "avoidance" dimension being the most frequent; the loss of movable property was more frequent; The majority of residents with loss of movable property present a moderate level of stress.

Key words: Post-traumatic stress, El Niño phenomenon

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un gran problema de salud pública, sobre todo después de los desastres naturales. De la población que atravesó por esta situación aproximadamente necesitan atención médica un 13.9%. Las personas más afectadas por el TEPT son los adultos mayores y los niños.¹

Se calcula que aproximadamente el 50-90% de la población mundial ha estado expuesta a acontecimientos traumáticos por lo menos 1 vez en su vida. De acuerdo a la National Comorbidity Survey en USA la prevalencia de TEPT fue de 7.8% y a nivel mundial de 8%, en el año 2005.¹

Las estadísticas dadas por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en México reportan una prevalencia de 1.45%, obteniendo las mujeres el 2.3% y los hombres 0.49%.¹

Actualmente en el Perú no se han realizado muchos estudios sobre salud mental. Sin embargo se sabe que al menos el 37,3% de la población tanto en Lima como en ciudades de la sierra, tuvieron por lo menos 1 vez en su vida algún trastorno mental relacionado a experiencias traumáticas. Uno de los trastornos más frecuentes hallados en ciudades de la sierra fue estrés postraumático con un 12,8% y este fue un poco más usual en el sexo femenino que en el masculino.²

Aproximadamente más de la mitad de la población afectada por TEPT se recuperan en los 3-6 primeros meses, sin embargo otra parte de la población afectada (30- 40%) lo hace en más de 12 meses después del trauma. De acuerdo a la National Comorbidity Survey, solamente un 20% de la población se encuentran sanos en los primeros 6 meses post trauma, el 40% lo hace en los siguientes 12 meses y aproximadamente el 60% se recuperan en el lapso de 6 años. El porcentaje de recuperación es independiente al hecho de haber recibido tratamiento o no, sin embargo se observa una recuperación más rápida en aquellos que sí han recibido algún tipo de tratamiento.³

1.2. Trabajos Previos:

Espinoza N. et al⁴ (Perú, 2017) llevó a cabo un estudio descriptivo, conformado por 184 personas afectados por un desastre natural, a través del uso de la Escala de Trauma de Davidson, hallando una prevalencia de 48,4% personas con TEPT (IC 95%: 40,9-55,9), siendo este más frecuente en el sexo femenino con 50% y edad de 36-60 años con 51.6%.

Díaz C. et al⁵ (Chile, 2011) realizó un estudio, el cual estuvo conformado por 304 estudiantes que atravesaron por un desastre natural, de los cuales un 42.1% eran varones y 57.9% mujeres. Hallando como resultado que el 20.4% de la población en estudio presentó alto TEPT, de los cuales un 29.5% correspondía a mujeres y solo un 7.8 % correspondía a los varones, también se observa los tipos de daños, entre ellos los más severos (daños físicos, muerte de un ser querido). A parte, se puede observar que los varones puntúan más que las mujeres sólo en la pérdida de materiales ($p < .01$).

Ariel R. et al⁶ (Chile, 2010) llevó a cabo un estudio descriptivo con una muestra de 24.982 personas afectadas por un desastre natural, utilizando la Escala de Trauma de Davidson, donde el 48,2% eran de sexo masculino y el 51,8% eran del sexo femenino. Llegando a concluir que la prevalencia general de TEPT registrada fue de 11,1%, observándose que el 82.5% correspondía a mujeres, obteniendo así un valor mayor que la prevalencia obtenida en el sexo masculino (17.5%), ($p < 0,001$).

Canelones P. et al⁷ (Venezuela, 2004) llevó a cabo un estudio con 95 personas, de las cuales 88 eran mujeres y 7 hombres, hallando como resultado que el 46% presentó TEPT y 53,7% no presentó TEPT, de las cuales el 11,6% sólo tenían TEPT y el 34,7% tenían TEPT + depresión. También se observó mayor prevalencia de depresión leve o depresión moderada o severa en la población con TEPT a comparación de los que no tenían TEPT (17,9% vs 10,5% y 16,8% vs 6,3%).

Rojas Y. et al⁸ (Perú, 2008) realizaron un trabajo observacional, en el cual encuestó 230 adultos que fueron víctimas de un fenómeno natural, de los cuales el 52% forman parte del grupo de damnificados que se encontraban refugiados en un albergue y solamente el 48% corresponden al grupo de afectados que habitaban en su propia vivienda. Obteniendo como resultado que la prevalencia de TEPT fue de 64,8% (IC95%: 58,6 -71,0) y que solo 34,8% (IC 95%: 28,6 - 41,0) de la población no registro trastornos. La prevalencia de TEPT fue 80,0% (IC95%: 72,8-87,2) en damnificados y de 48,2% (IC95%: 38,8-57,5) en los afectados, encontrando así diferencia significativa ($p < 0,001$).

Nizama M. et al⁹ (Perú, 2005) realizó un trabajo de diseño transversal con una muestra de 107 pobladores que fueron víctimas de un desastre natural, de los cuales 77 fueron mujeres. Encontraron que los principales factores asociados al TEPT fueron que el sexo femenino tienen 3 veces más probabilidad de presentar TEPT respecto al sexo masculino ($X^2 = 7.65$; $p = 0.006$; $\phi = 0.27$; $OR = 3.4$). Llegaron a concluir que la prevalencia del TEPT fue de 59.4% y del episodio depresivo mayor de 51.5%.

1.3. Teorías Relacionadas al tema

Lo propuesto por el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), dice que el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) está incluido dentro un nuevo grupo de trastornos llamada “Trastornos relacionados con traumas y eventos estresantes”. Dicho grupo incluye al trastorno por estrés agudo, trastorno de relación social desinhibida, el trastorno de apego afectivo y los trastornos de adaptación.¹⁰

Los criterios diagnósticos del DSM-V en el TEPT para mayores de 18 años, son:

Predisposición a la muerte o a la amenaza de esta, daños severos o abuso sexual en una o más de las siguientes formas: Vivencia cercana del acontecimiento(os), visualización cercana del acontecimiento(os) ocurrido a los demás, saber que el acontecimiento(os) le ha pasado a un miembro de su familia o a un amigo íntimo y manifestación sucesiva o severo a datos desagradables del acontecimiento(os).¹⁰

Existencia de uno (o más) de los siguientes síntomas de intrusión relacionados con el acontecimiento(os), el cual empieza después de este último suceso: Evocaciones preocupantes, frecuentes, no voluntarios e intrusos del acontecimiento(os), sueños alarmantes frecuentes sobre el evento traumático o relacionado a este, respuestas disociativas de re experimentación del acontecimiento(os), inquietud psicológica intensa o prolongada al estar expuesto a factores internos o externos que representan o se parecen a un aspecto del acontecimiento(os) y respuestas fisiológicas intensas a factores internos o externos que representan o se parecen a un aspecto del acontecimiento(os).

Evasión frecuente de sucesos relacionados al acontecimiento(os), el cual empieza después de este último y que se manifiesta por una o las dos características siguientes: Evasión de recuerdos, sentimientos o pensamientos angustiosos acerca del acontecimiento(os) traumático(os), evasión o afán por evadir recuerdos del exterior que aviven más aun pensamientos o sentimientos angustiosos relacionados con el acontecimiento(os).¹⁰

Cambios cognitivos negativos y alteración del estado de ánimo asociadas al acontecimiento(os), los cuales empiezan o aumentan luego del acontecimiento(os) y que se manifiesta por dos (o más) de las características siguientes: Dificultad para acordarse de un aspecto importante del acontecimiento(os), ideas o perspectiva negativas frecuentes y excesivas sobre su persona, los demás o el mundo, cogniciones distorsionadas frecuentes sobre las causas o los efectos del acontecimiento(os), lo cual logra que la persona se culpe o culpe a los demás, estado emocional negativo frecuente, reducción notable del interés o la participación en actividades significativas, sentimiento de desapego o distanciamiento de los demás y dificultad frecuente para experimentar emociones positivas.

Cambio significativo de la activación y reactivación relacionado con el acontecimiento(os), los cuales empiezan o aumentan después de dicho acontecimiento y que se manifiesta por dos (o más) de las características siguientes: Conducta colérica y momentos de ira, las cuales se manifiestan como un ataque verbal o físico contra objetos o personas, conducta insensata o auto eliminativo, extrema vigilancia a los peligros fuertes, ya sea que este tenga relación con el suceso traumático o no, sobresalto exagerada ante un estímulo, concentración inadecuada en las cosas cotidianas, trastorno del sueño, la duración del trastorno (Criterios B, C, D y E) debe durar más de un mes; las consecuencias del trastorno son: inquietud o desgaste en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, y el trastorno no debe ser atribuido a los efectos fisiológicos de una sustancia.¹⁰

El TEPT abarca dos aspectos principales en cuanto a su definición: Por un lado una respuesta de estrés, que se refiere a una respuesta adaptativa (eustrés) o patológica (distrés), no específica del organismo ante un agente estresante (psicológico o físico), el cual reaccionara en busca del equilibrio y la adaptación. En pocas palabras al TEPT se podrías atribuir el nombre "trastorno por distrés postraumático" y por otro el trauma, el cual tiene como significado herida. Lo que principalmente se manifiesta en el TEPT es el trauma psíquico, refiriéndose al golpe emocional por un acontecimiento capaz de provocar una cadena de respuestas tanto psicológicas como físicas.¹¹

La Asociación Psiquiátrica Americana define al acontecimiento traumático como “aquel acontecimiento psicológicamente estresante que sobrepasa el límite de las experiencias usuales de la vida, que afectará probablemente a todas las personas y que provocará una gran sensación de miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero”.¹¹

La CIE-10 define al TEPT como “Alteración que se presenta como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por si mismos inquietud generalizado en casi todo el mundo”.¹²

La etiología del TEPT puede ser variable y este se puede desarrollar a partir de uno o varios acontecimientos de estrés traumático, sufridas de manera aguda o crónica durante un lapso de tiempo que puede ser breve o que incluso puede llegar a durar años. Desde un punto de vista individualizado, el agente etiológico más importante es el impacto del acontecimiento traumático sobre el sujeto. Desde un punto de vista epidemiológico, los factores que se relacionan con una mayor frecuencia al síndrome son: La intensidad y severidad del acontecimiento traumático, refiriéndose al nivel en el que atenta contra la vida, la salud y la identidad, el nivel de exposición al acontecimiento traumático, la repetición de las experiencias traumáticas y las características del acontecimiento o tipo de trauma sufrido.¹³

En toda condición patológica se debe considerar además del agente externo causal, la diátesis individual, que se refiere a la vulnerabilidad del individuo antes de tener una situación de estrés. Desde la perspectiva psicológica temprana, se toma en cuenta el "apoyo interno", que se caracteriza por una resistencia especial a las adversidades en general y principalmente al trauma psíquico. La "elasticidad psicobiológica" es otra característica desde el punto de vista psicológica, cuya ausencia también aumenta el riesgo y la gravedad del TEPT.¹³

Desde un punto de vista psicofisiológica, las personas simpaticotónicas, con apego a niveles altos de adrenérgicos y labilidad en su estado neurovegetativo están más expuestos a padecer TEPT que personas que presentan una buena estabilidad neurovegetativa. También se establece una relación entre el desarrollo psicológico y la actividad neurovegetativa, al tomar en cuenta que una exposición temprana a violencia física o emocional sensibiliza el SNC, reduciendo la reactividad de estructuras hipotalámicas y preparándola así para cambios neurofisiológicas más severas si el trauma se vuelve presentar posteriormente.¹³

Otra característica para tener un nivel de vulnerabilidad más intenso es el "estrés acumulativo", la cual forma parte del conocido "efecto de acontecimientos vitales" en la predisposición a enfermar. La edad es otro factor relacionado con la tendencia a contraer el TEPT, la cual afecta sobre todo a infantes, adultos mayores y jóvenes entre 25-35 años. Con relación al sexo, las mujeres parecen tener una mayor incidencia de contraer el TEPT tras su exposición a eventos traumáticos, en una proporción aproximadamente de 2/1.^{12,13}

Los acontecimientos traumáticos son, en la mayoría de los casos, repentinos y por ello no se pueden controlar y atacan de forma potente la sensación de seguridad y confianza de la persona, provocando fuertes respuestas de temor y vulnerabilidad hacia la comunidad. Ejemplos de acontecimientos traumáticos son: Accidentes, desastres naturales (hualcayos, huracanes, terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, avalanchas, muchas de ellas pueden ser causadas por el Fenómeno del Niño), muertes de familiares inesperadas, asaltos, delitos, violaciones, abusos físicos y/o sexuales sobre todo en la infancia, torturas, secuestros, experiencias combate.¹⁴

Según el SENAMHI, el Fenómeno El Niño se presenta cuando el agua del mar incrementa su T° superficial (TSM). Anteriormente El Niño fue considerado como un fenómeno local, sin embargo en la actualidad está reconocido como el modulador primordial de los cambios climáticos interanual a nivel mundial. Actualmente en el norte de la costa peruana se presentaron variaciones de +1,5°C para la temperatura máxima y para la temperatura mínima de +0,5°C.^{15, 16}

Continuamente se monitoriza y calcula la llegada de las ondas Kelvin a las costas Peruanas. Con la finalidad de predecir los cambios de la TSM, su efecto en la T° del aire y su vínculo con las precipitaciones. Ante los recientes cambios de las T° océano-atmósfera en la costa norte Peruana, se considera “El Niño costero débil”, dichos cambios producen un aumento en la frecuencia de lluvias muy fuerte. Por lo cual, frente a esto se pasa del estado de “Vigilancia de El Niño Costero” al estado de “Alerta de El Niño Costero”, intensificando la vigilancia de las condiciones, porque esto más adelante puede tornarse mucho más intenso.^{15, 16}

En la costa peruana se ha propuesto el índice Costero El Niño para definir la dimensión de éste, el cual se basa en nombrar “Evento El Niño en la zona de la costa Peruana” al tiempo en el que el indique “condiciones cálidas” durante mínimo 3 meses seguidos. Durante un episodio El Niño, dependiendo de su fuerza y duración, las condiciones en el Perú se alteran, produciéndose cambios en las lluvias y T° del aire, los cuales se pueden observar a través de datos brindados por el SENAMHI durante los 2 episodios de El Niño ocurridos en los años 1982/1983 y 1997/1998, los cuales son muy recordados en la actualidad por que dejaron muchos daños.¹⁵

Las principales manifestaciones de El Niño en el océano son: aumento de la TSM, pérdida del flote de las aguas con nutrientes en dirección a la superficie, aumento del océano en la región de calidez, cambio de la salinidad de las aguas de la costa y aumento del contenido de O₂ y los cambio en la atmósfera son: Disminución de las brisas alisos por la zona costera, aumento de la T° del aire en las áreas adyacente al mar calido, y en toda la tropósfera, aumento de la nubosidad en la estación de verano primavera y finalmente pérdida de la presión atmosférica.¹⁵

En cuanto a los impactos negativos tenemos: devastación de las casas, empresas, carreteras, fallecimientos o traslado de algunos tipos de vegetales y animales, fuertes probabilidades de que se lleven a cabo incendios forestales debido a las altas T°, por ende muerte de los animales que ahí habitan, destrucción de infraestructuras de saneamiento básico, incremento de las enfermedades tanto físicas como mentales (ansiedad, depresión , TEPT).¹⁵

Hay muchos instrumentos clínicos utilizados para medir la presencia, intensidad y frecuencia de los síntomas del TEPT, entre ellas tenemos: Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (CAPS), la cual se encarga de evaluar la frecuencia e intensidad de la sintomatología, es el principal elemento de evaluación y debe ser realizada por el médico experto; Escala de Trauma de Davidson (DTS), sus preguntas están basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV y también se encarga de evaluar la severidad y frecuencia del Trauma.^{17, 18}

1.4. Formulación al Problema

¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas del Trastorno de Estrés Postraumático en la población expuesta al Fenómeno El Niño Costero. Distrito El Porvenir – Provincia Trujillo, 2017?

1.5. Justificación del estudio

En vista de las tragedias ocurridas recientemente por el Fenómeno El Niño, sería interesante saber las características y factores asociados de la población afectada con la ayuda de los test para TEPT, para así poder prevenir más adelante, ya que este fenómeno se puede volver a repetir; que más personas sufran de este trastorno; pues este puede llevar a la población a presentar secuelas como: aumento de problemas de apego de comunicación interpersonal, depresión, trastornos de la alimentación, conducta de autoeliminación, ansiedad y a largo plazo podría llevar a alcoholismo, conductas violentas y trastornos del estado de ánimo, los cuales finalmente no solo los afecta a ellos, sino también a las personas que los rodean.

También se sabe que la Ley de Salud declara que el Estado es responsable de velar por el bienestar de los ciudadanos con alteración de la salud mental, por lo cual este trabajo busca concientizar tanto a la población como al Estado para buscar un bienestar mutuo.²⁰

Este trabajo de investigación al ser uno de los primeros estudios realizados a nivel local tiene como fin enriquecernos de datos estadísticos tanto para quienes lo elaboramos, como

para aquellos que lo utilizarán, como por ejemplo la creación de programas para zonas vulnerables.

1.6. Hipótesis:

Tácita

1.7. Objetivo

1.7.1 OBJETIVO GENERAL

- ✚ Determinar las características clínico epidemiológicas del Trastorno de Estrés Postraumático en la población expuesta al Fenómeno El Niño Costero. Distrito El Porvenir – Provincia Trujillo, 2017.

1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Caracterizar a la población con Trastorno de Estrés Postraumático según edad, sexo, sector y tipo de familia.
- ✚ Clasificar el nivel de Estrés Postraumático según dimensiones en la población afectada.
- ✚ Identificar el nivel de Estrés Postraumático según tipo de pérdida en la población afectada.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación: Se aplicó un diseño observacional, transversal

2.2. Variables, operacionalización:

VARIABLE: Características clínico epidemiológicas de Estrés Postraumático.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Agrupación de datos estadísticos, demográficos, factores de riesgo, signos y síntomas que permiten caracterizar una enfermedad. ²¹	EDAD Se tomará en cuenta los datos brindados por el paciente SEXO		Cuantitativa de razón
	SUB VARIABLES:	MUJER HOMBRE	a b	Cualitativa Nominal
	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Conjunto de datos estadísticos, demográficos y factores de riesgo. ²¹	TIPO DE FAMILIA Funcional Disfuncional	a b	Cualitativa Nominal

	PERFIL CLÍNICO Conjunto de datos clínicos que caracterizan una enfermedad. ²¹	NIVEL DE TEPT Se emplea la escala de Davinson. -Leve -Moderada -Severo	a b c	Cualitativa ordinal
		CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: -Intrusitos de re-experimentación -Evitación y embotamiento emocional -Hiperactivación	a b c	Cualitativa Nominal
		CRITERIO DE DIAGNÓSTICO Se emplea la escala de Davinson Con TEPT Sin TEPT	a b	Cualitativa Nominal

2.3. Población y muestra

POBLACIÓN: Estuvo constituida por 365 personas (18-75 años) expuestas al Fenómeno El Niño Costero. Distrito El Porvenir – Provincia Trujillo, 2017

Tamaño de muestra:

Se aplicó la fórmula para estudios descriptivos con población no finita²².

$$n = \frac{Z^2 p q}{E^2}$$

Dónde:

Z: 2.33 (asumiendo nivel de confianza 98%)

P: 0.8⁸

Q: 0.2

E: 0.05

$$n = 348$$

Unidad de análisis: Fue cada poblador expuesto al Fenómeno El Niño Costero. Distrito El Porvenir – Provincia Trujillo, 2017

Unidad de muestreo: Fueron cada una de las viviendas, dentro de las manzanas afectadas.

Muestreo: Aleteo simple.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

Se incluyó a cada poblador expuesto al Fenómeno El Niño Costero, de ambos sexos, de 18 a 75 años.

Criterios de exclusión:

Cada poblador con Dx. de TEPT antes de haber presenciado el suceso traumático.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

LA TÉCNICA: Consistió en aplicar una encuesta a la población afectada.

PROCEDIMIENTO: Se informó al poblador el procedimiento a realizar y firmará el consentimiento informado (Ver anexo 1), luego se procedió a recoger la información a través de la encuesta a la población afectada, teniendo en cuenta la técnica de muestreo descrita anteriormente y los criterios de inclusión y exclusión en el estudio.

INSTRUMENTO: Se usó un cuestionario que constó de dos partes, la primera comprendió datos relacionados a los aspectos epidemiológicos como: edad, sexo y severidad del trauma, etc. (Ver anexo 2) La segunda parte constó de datos sobre los aspectos clínicos sobre TEPT, para lo cual aplicaremos el instrumento: la Escala de Davinson²³ (Ver anexos 3), el cual consta de ítems que pueden ser categorizados de la siguiente manera: ítems 1-4, 17: criterio B (intrusitos de re-experimentación); ítems 5-11: criterio C (evitación y embotamiento emocional); e ítems 12-16: criterio D (hiperactivación). Para cada ítem el sujeto puntúa tanto la frecuencia como la gravedad durante la semana anterior, en una escala de 5 puntos (0 a 4) en un puntaje total posible de 136 puntos.

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para obtener la confiabilidad se usó el alfa de Cronbach. Para los ítems de frecuencia y gravedad el coeficiente fue de 0.927. También se observa que los ítems presentan correlaciones altamente significativas ($p < 0.001$)²⁴ (Ver anexo 4).

2.5. Métodos de análisis de datos

Se transcribió la información a la ficha de recolección de datos y a una base de datos del programa SPSS V. 21 para Windows y se elaboraron tablas de frecuencias simples y porcentajes. Para el análisis de la información se aplicó las estadísticas descriptivas: como promedios, media, desviación estándar en los casos que corresponda.

2.6. Aspectos éticos.

Para llevar a cabo este estudio se respetaron las normas éticas considerados en los numerales: 20, 21, 22, 23 de la declaración de Helsinsky²⁵, así como el anonimato y en cuanto a los datos encontrados, solo accedió el equipo de investigación.

III. RESULTADOS

TABLA 01: Distribución de la población expuesta al Fenómeno El Niño Costero. Distrito El Porvenir – Provincia Trujillo, 2017, según edad, sexo, sector y tipo de familia.

CARACTERÍSTICA	SEXO				Total	
	Femenino		Masculino			
Sector	n	%	n	%	n	%
1:Atahualpa	51	14.0%	44	12.1%	95	26.0%
2:Hipólito Unanue	50	13.7%	46	12.6%	96	26.3%
3:Tomas Moscoso	54	14.8%	40	11.0%	94	25.8%
4:Gonzales Prada	35	9.6%	45	12.3%	80	21.9%
Edad						
18-24	36	9.9%	36	9.9%	72	19.7%
25-34	35	9.6%	30	8.2%	65	17.8%
35-44	35	9.6%	34	9.3%	69	18.9%
45-54	36	9.9%	40	11.0%	76	20.8%
55-64	21	5.8%	18	4.9%	39	10.7%
65-75	27	7.4%	17	4.7%	44	12.1%
Tipo de familia						
Disfuncional	83	22.7%	86	23.6%	169	46.3%
Funcional	107	29.3%	89	24.4%	196	53.7%
Total	190	52.1%	175	47.9%	365	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a la población expuesta al Fenómeno El Niño Costero. Distrito El Porvenir – Provincia Trujillo, 2017.

ELABORACIÓN: Propia

Interpretación: El sector con mayor población es Hipólito Unanue con 26.3%, el grupo etario más afectado es de 45 a 54 años con 20.8%, el sexo femenino con 52.1%, también encontramos que el tipo de familia predominante es funcional con 53.7%.

TABLA 02: Distribución de la población expuesta al Fenómeno El Niño Costero. Distrito El Porvenir – Provincia Trujillo, 2017, según nivel de estrés y dimensiones.

Nivel de estrés	Dimensiones					
	Intrusito		Evitación		Hiperactivación	
	n	%	n	%	n	%
Leve	18	4.9%	36	9.9%	46	12.6%
Moderado	235	64.4%	251	68.8%	219	60.0%
Severo	24	6.6%	0	0.0%	2	0.5%
Total	277	76%	287	79%	267	73%

FUENTE: Encuesta aplicada a la población expuesta al Fenómeno El Niño Costero. Distrito El Porvenir – Provincia Trujillo, 2017.

ELABORACIÓN: Propia

Interpretación: Predominó el nivel de estrés moderado y dentro de las dimensiones mencionadas predomina evitación con 68.8%.

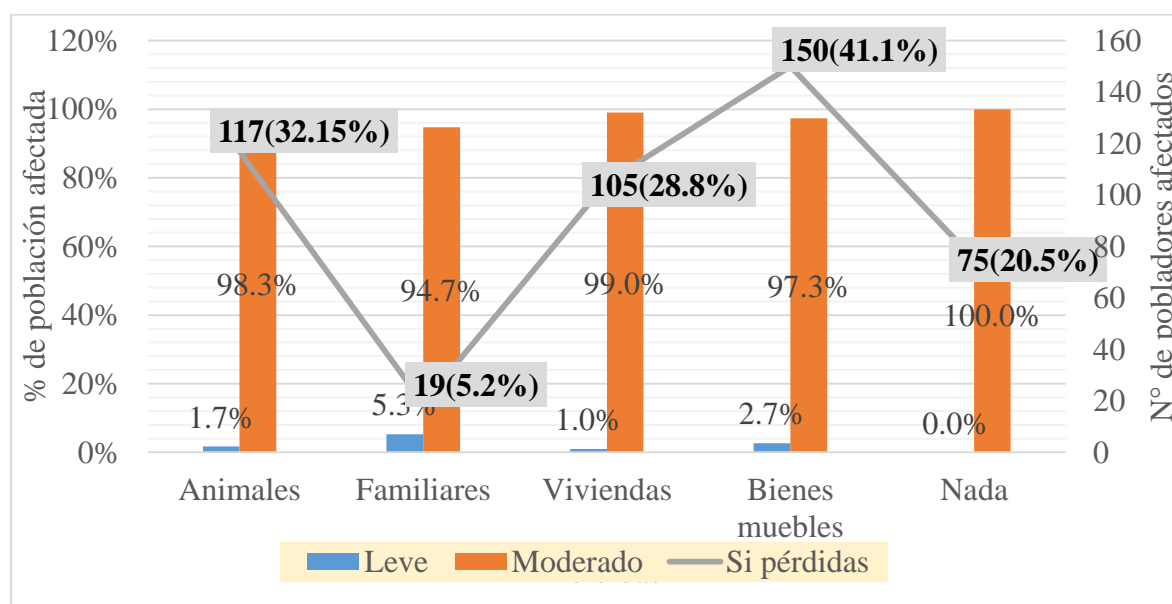


FIGURA 03: Distribución de la población expuesta al Fenómeno El Niño Costero. Distrito El Porvenir – Provincia Trujillo, 2017, según pérdidas y nivel de estrés.

FUENTE: Encuesta aplicada a la población expuesta al Fenómeno El Niño Costero.
Distrito El Porvenir – Provincia Trujillo, 2017.

ELABORACIÓN: Propia

Interpretación: Predominó la pérdida de bienes muebles con 41.1% y dentro de este predominó el nivel de estrés moderado con 97.3%.

IV. DISCUSIÓN

En la presente investigación encontramos que el sector del Distrito El Porvenir más afectado por el fenómeno el niño costero durante el año 2017 fue Hipólito Unanue con 26.3%, seguido por Atahualpa con 26% y por Tomas Moscoso con 25.8%. El grupo etario más afectado es de 45 a 54 años con 20.8%, seguido de 35 a 44 con 18.9%. Estos datos (Tabla 1) los podemos comparar con los resultados de Nizama et al⁹, (Lima, Perú 2005), quienes en un estudio transversal realizado con 107 pobladores de Villa El Salvador que fueron víctimas de un incendio, encontraron que la población de 30 años a mas fue la más afectada con 61%, al igual que en un estudio realizado por Espinoza et al⁴ (Perú, 2017), donde representó un 51.6%.

En cuanto a la variable sexo se pudo encontrar que existe una mayor prevalencia de trastorno de estrés postraumático en el sexo femenino con 52.1% y 48% en el sexo masculino. En el trabajo realizado por Canelones et al⁷, (Venezuela 2004) los cuales llevaron a cabo un estudio con 95 personas afectadas por un deslave en Estado Vargas, encontraron una prevalencia de 93.18% en mujeres, y un 6.8% de varones, al igual que en un estudio realizado por Díaz et al⁵ (Chile, 2012), donde el 29.5% correspondía a mujeres y solo el 7.8% a varones. Estos resultados también coinciden con lo hallado por Ariel et al⁶ (Chile 2010), los cuales llevaron a cabo un estudio descriptivo con 24.982 personas afectadas por un desastre natural, donde concluyen que el 82.5% de personas con trastorno de estrés postraumático corresponde a mujeres. En cuanto a la variable “tipo de familia” (Tabla 1) encontramos que el tipo predominante fue familia funcional con 53.7%. Sobre este punto debemos comentar que en la literatura a nuestro alcance, no hemos encontrado estudios sobre trastorno de estrés postraumático que consideren la variable “tipo de familia”.

En cuanto al nivel de trastorno de estrés postraumático, el cual se obtuvo mediante la Escala de Trauma de Davindson, encontrando que el nivel de estrés predominante fue moderado, siendo este resultado similar al reportado en el estudio de Espinoza et al⁴ (Perú, 2017) en un grupo de adultos afectados por el fenómeno el niño costero en el distrito El Porvenir durante el mes de Marzo, los cuales hallaron que el nivel de estrés predominante fue moderado con un 58%. Es pertinente recalcar que ambas investigaciones se aplicaron en el mismo distrito y utilizaron la escala de trauma de Davindson. (Tabla 2)

La escala de trauma de Davindson evalúa 3 dimensiones: intrusitos de re-experimentación, evitación y embotamiento emocional e hiperactivación, las cuales están basadas en criterios diagnósticos de la DSM-V, siendo la dimensión “evitación” la más frecuente con 68.8%, este resultado se asemejan al encontrado por Contreras et al²⁶ (Perú, 2017) los cuales trabajaron con adultos ubicados en un albergue, quienes fueron afectados por el fenómeno el niño costero en el distrito de Huanchaco, encontrando que la dimensión antes mencionada tuvo una prevalencia de 70%. (Tabla 2)

El fenómeno el niño costero trajo consigo muchas pérdidas tanto de animales domésticos (perros, gatos, cuyes, aves de corral, etc.), bienes muebles (dinero, vehículos, muebles domésticos, etc.), daños en la vivienda (colapsadas o inhabilitables) e incluso pérdida de familiares. En nuestro estudio encontramos que la pérdida de bienes muebles fue más frecuente con 41.1%, seguido de pérdida de animales con 32.15% y de daño de viviendas con 28.8%; el 97.3% de la pérdida de bienes muebles presentan un nivel de estrés moderado y 2.7% pertenecen a un nivel de estrés leve, los cuales se contrastan con lo hallado por Espinoza et al⁴ (Perú, 2017), en el que se reporta 63.5% de pérdidas de bienes muebles, de los cuales el 28.8% corresponde al nivel de estrés moderado. Lo hallado por nuestra investigación también se asemeja a lo encontrado por Díaz et al⁵ (Chile, 2012), quienes realizaron un estudio con 304 adolescentes afectados por un desastre natural, concluyendo que las pérdidas predominantes corresponden a las de bienes muebles, con 38.2%. (Tabla 3)

V. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se concluye lo siguiente:

1. El grupo etario más afectado es de 45 a 54 años, seguido de 35 a 44.
2. Existe una mayor prevalencia de trastorno de estrés postraumático en el sexo femenino.
3. Los sectores más afectados fueron Hipólito Unanue y Atahualpa.
4. Familia funcional fue el tipo de familia predominante.
5. Predominó el nivel de estrés moderado, siendo la dimensión “evitación” la más frecuente.
6. La pérdida de bienes muebles fue más frecuente, seguido de pérdida de animales y de daño de viviendas; la mayor parte de pobladores con pérdida de bienes muebles presentan un nivel de estrés moderado.

VI. RECOMENDACIONES:

Dado que la prevalencia de estrés en la población es alta, se recomienda elaborar planes de contingencia con la finalidad de afrontar mejor posibles desastres naturales, actividades de afrontamiento y resiliencia ante el impacto psicológico, incluir estos temas de atención pre hospitalaria en estudiantes de pre-grado de ciencias de la salud e incentivarlos para tomar interés en los estudios sobre emergencias y desastres naturales. Esto permitirá obtener mayor número de antecedentes para investigaciones futuras.

Se recomienda el uso de la escala de trauma de Davindson para futuras investigaciones sobre estrés postraumático, puesto que esta es fácil de obtener e interpretar y ayuda a identificar tanto frecuencia como gravedad de estrés postraumático.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Córdoba C, Galindo P, Platas E, Verdoso W. Diagnóstico y manejo de Estrés Post Traumático (en línea). México: 2011. p. 7 (citado 15 abril 2017) Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/515_GPC_Es_trespostraumatico/GER_EstresPostraumatico.pdf
2. Equipo de Defensa y Promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Salud mental y derechos humanos, supervisión de la política pública (en línea). Perú: 2008. p. 38 (citado 15 abril 2017). Disponible en:
[http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo\(os\)alud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo(os)alud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf)
3. Bados A, Trastorno por estrés postraumático (en línea). España: 2005. p.6 (citado 15 abril 2017). Disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/356/1/117.pdf>
4. Espinoza N, Jara P, Díaz V. Trastorno de estrés postraumático en una población afectada por inundaciones ocasionadas por el niño costero en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017; 34(4):751-2 (en línea) (citado 15 abril 2017). Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n4/a25v34n4.pdf>
5. Díaz C, Quintana G, Vogel E. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. Scielo (Chile) 2012; 30 (1): 37-43 (en línea) (citado 15 abril 2017). Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100004

6. Ariel R, Fernández A, Estario J, Enders J. Screening de trastornos de estrés postraumático en población afectada por el terremoto Chileno de 2010 (en línea). Chile: 2010 (citado 15 abril 2017). Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/0102-311X-csp-30-11-2377.pdf>
7. Canelones P, Pocino M, Macedo M, Cabrera M, Villarino C. Estrés postraumático y depresión en respuesta a un desastre natural y su influencia sobre algunos parámetros inmunológicos. *Psiquiatría (Venezuela)* 2004; 8 (2) (en línea) (citado 15 abril 2017). Disponible en:
<https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/308>
8. Rojas M, Ávila J, Trujillo V. Trastorno de estrés postraumático agudo y episodio depresivo mayor en víctimas de una inundación en tingo maría: prevalencia y efectos de su desplazamiento a un albergue (en línea). Perú: 2008 (citado 15 abril 2017). Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000100010
9. Nizama M, Saavedra J, Díaz R, Bernal E. Magnitud y factores asociados a Trastorno de estrés postraumático y Depresión mayor en los damnificados del Incendio de lomo de corvina, villa el Salvador, Perú (en línea). Perú: 2005 (citado 15 abril 2017). Disponible en:
<http://studylib.es/doc/8306118/magnitud-y-factores-asociados-a-trastorno-de-estr%C3%A9s-postr...>
10. Bados A. Trastorno por estrés postraumático (en línea). España: 22 de mayo de 2015 (citado 1 de mayo 2017). Disponible en:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>

11. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Scielo (Chile) 2002; 40 (2): 20-34 (en línea) (citado 1 de mayo 2017).
Disponible en:
[http://www.scielo.cl\(os\)cielo.php?script=sci_arttext
&pid=S0717-92272002000600003](http://www.scielo.cl(os)cielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600003)
12. Córdoba A, Galindo P, Platas E, Verdoso W. Diagnóstico y manejo de Estrés Post Traumático (en línea). México: 2011. p. 9 (citado 15 abril 2017) Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/515_GPC_Es trespostraumatico/GER_EstresPostraumatico.pdf
13. González L. Trastornos adaptativos y de estrés. Congreso Virtual de Psiquiatría (en línea). España: 2000 (citado 1 de mayo 2017); Conferencia 25- CI-B: [99 pantallas]. Disponible en:
https://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa25/conferencias/25_ci_b2.htm
14. Chacón J. Trastorno por estrés postraumático, concepto, evidencias y pseudoevidencias de evaluación y tratamiento en el siglo XXI (en línea). España: 2006. p. 3 (citado 1 de mayo 2017) Disponible en:
http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4417617/Chacon-Trastorno_estres_postraumatico.pdf
15. Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú – SENAMHI. Fenómeno El Niño en el Perú (en línea). Perú: 2015 (citado 1 de mayo 2017) Disponible en:
<http://www.senamhi.gob.pe/pdf/Dossier-El-Nino-2015.pdf>

16. Comité multisectorial encargado del Estudio nacional del fenómeno el niño (ENFEN). Estado del sistema de alerta: Alerta de El Niño Costero (en línea). Perú: 2017 (citado 1 de mayo 2017) Disponible en:
<https://www.dhn.mil.pe/Archivos/oceanografia/enfen/comunicado-oficial/03-2017.pdf>
17. Mingote C. Diagnóstico Diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático. CopMadrid (España) 2011; 2 (2): 121-124 (en línea) (citado 1 de mayo 2017) Disponible en:
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a2.pdf>
18. Echeburúa E, Amor P, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado P, Muñoz J. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. Scielo (Chile) 2016; 34 (2): 111-128 (en línea) (citado 1 de mayo 2017) Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000200004
19. Philip T. Trastorno por estrés postraumático (TEPT): Puntos clave (en línea). Inglaterra: 2010 (citado 1 de mayo 2017) Disponible en:
<http://www.sepsiq.org/file/Royal/5-TEPT.pdf>
20. Congreso de la República. Comisión de salud y población (en línea). Perú: 2016 (citado 20 de Junio 2017). Disponible en:
[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/Dictamene_sFuturo/2CA87412F2B37DA905257F9900611E9F/\\$FILE/Salud_234-2011-CR_oTROS_Fav.Sust.Unanimidad.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/Dictamene_sFuturo/2CA87412F2B37DA905257F9900611E9F/$FILE/Salud_234-2011-CR_oTROS_Fav.Sust.Unanimidad.pdf)

21. Whitembury V. El perfil Epidemiológico y el Análisis de Situación del País (en línea). Perú: 2006 (citado 26 de mayo 2017) Disponible en:

<http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf>

22. Epidat 4. Ayuda de Muestreo (en línea). España: 2016 (citado 24 de Junio 2017). Disponible en:

http://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/1892/Ayuda_Epidat4_Muestreo_Julio2016.pdf

23. Universidad Complutense Madrid. Proyecto de apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica (en línea). España: 2006 (citado 20 de Junio 2017). Disponible en:

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/TRASTORNO%20DE%20ESTRES%20POSTRAUMATICO/ESCALA%20DE%20TRASTORNO%20DE%20ESTRES%20POSTRAUMATICO%20ADMINISTRADA%20POR%20EL%20CLINICO/CAPS_F.PDF

24. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones Médicas en Seres Humanos (en línea). España: 2013 (citado 2 de Junio 2017) Disponible en:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>